

CONDICIONES GENERALES

Conforme al Artículo 729 del Código de Comercio de Honduras, si el Contratante del seguro o Asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del Contrato suscrito o Póliza emitida por La Compañía, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud, en el mismo plazo, podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del Contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la Póliza o contrato.

I COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

La Compañía reembolsará, durante la vigencia de la póliza y hasta por el total de la suma asegurada para cada cobertura, los gastos médicos elegibles por enfermedad o lesiones accidentales incurridos por el asegurado titular, siempre que sean necesarios para el restablecimiento de la salud y no exceda de los gastos usuales, razonables y acostumbrados.

La cobertura para reembolso de gastos médicos por enfermedad: Aplica para enfermedades comunes como ser: Gripe, dengue, infecciones urinarias, infecciones gastrointestinales, Covid 19, apendicitis y resto de enfermedades agudas. Esta cobertura aplicará posteriores a los 90 días del periodo de carencia.

Cobertura	Suma Asegurada	
	PLAN A	PLAN B PLUS
Reembolso de Gastos Médicos por Enfermedad	L 30,000.00 Anual	L 50,000.00 Anual
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	L 50,000.00 Anual	L 100,000.00 Anual

Los accidentes que se originen por participar en conducción de motocicletas o motonetas tendrán cobertura de un (1) evento al año, independientemente del valor del siniestro, pero hasta por el límite máximo a reembolsar.

II EXCLUSIONES

Esta póliza no brindara cobertura o reconocerá gastos por ninguna de las siguientes condiciones o a causa de:

2.1 Condición de Salud Preexistentes: se define como una enfermedad, lesión corporal, condición de salud o la presencia de síntomas y/o signos por los cuales el asegurado, previo a la fecha efectiva de su seguro:

- Tuvo advertencia médica o consultó a un medico
- Recibió tratamiento médico, servicios o suministros médicos.
- Se ha practicado o le recomendaron exámenes para el diagnóstico pertinente.
- Tomó drogas o medicamentos recetados o recomendados.
- Asistió a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

Se consideran también enfermedades o lesiones pre-existentes:

Las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión, aunque éstos sólo se manifiesten después de iniciada la cobertura de la póliza. Tenga o no conocimiento el asegurado de su existencia.

2.2 Patologías Graves preexistentes o no:

- Síndrome Metabólico
- Diabetes
- Hipertensión
- Dislipidemia
- Patologías Cardiacas
- Cáncer de Cualquier tipo y sus complicaciones
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Insuficiencia Renal

2.3 Reconocimientos Médicos o chequeos generales.

2.4 Exámenes de la vista, habilitación de lentes o aparatos auditivos; las enfermedades propias del ojo si estarán cubiertas.

2.5 Reemplazo o ajuste de aparatos auditivos, anteojos y lentes de contacto, tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, estrabismo y cualquier otra refracción de la vista así mismo no se cubre queratomíaradiada, queratomielusis y epiqueratofuquia.

2.6 Tratamientos o intervención quirúrgica para la transformación sexual y trastornos sexuales.

2.7 Tratamientos o intervención quirúrgica para la infertilidad y la fecundación in-vitro.

2.8 Hormonas para tratamiento del climaterio y/o menopausia y anticoncepción.

2.9 Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

2.10 Tratamientos para la obesidad o pérdida de peso y todo trastorno alimenticio, tratamientos con nutricionistas, la anorexia y bulimia.

2.11 Trastornos mentales, depresiones, ansiedades o desórdenes nerviosos funcionales, excepto si los mismos son a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, recomendados por el médico tratante durante la reclusión hospitalaria del asegurado.

2.12 Cualquier tratamiento por alcoholismo o toxicomanía o adicción a las drogas, o de enfermedad mental o desórdenes nerviosos o vicios, incluyendo cualesquiera complicaciones resultantes de los mismos.

2.13 Queda excluida la cobertura por gastos médicos y tratamientos que se originen por el consumo de drogas, alcohol, veneno y gas o vapores tomados, administrados, absorbidos o inhalado voluntariamente y todo acontecimiento que se derive de estar bajo la influencia del alcohol y/o drogas. Para efectos de esta póliza se considera que se encuentran bajo la influencia de bebidas alcohólicas; cuando el contenido alcohólico en la sangre supera el 0.05% o 50 mg/100 ml.

2.14 Los servicios o tratamientos suministrados por médicos familiares del individuo asegurado, dentro del primer y segundo grado de consanguinidad y afinidad. Aquellos cargos por gastos incurridos dentro de un establecimiento que sea propiedad del individuo asegurado o de un familiar dentro del primer y Segundo grado de consanguinidad o afinidad.

2.15 Quedan excluidos los medicamentos: benzodiazepinas, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, y todos aquellos de uso psiquiátrico o psicológico independientemente de su causa.

2.16 Quedan excluidos los tratamientos y medicamentos para corregir problemas de la conducta y aprendizaje, talla baja, crecimiento, estimulación temprana, terapia del lenguaje, alteraciones del crecimiento y desarrollo, gigantomastía y cualquiera de las consecuencias y complicaciones de esta.

2.17 Padecimientos y enfermedades congénitas, definiéndose como: la alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que pudo haber sido heredada genéticamente, adquirida durante el embarazo o por dificultades en el parto, aunque algunas se hagan evidentes al momento del nacimiento o después de varios años.

2.18 Afecciones propias del Embarazo, incluyendo parto, cesárea, pérdida o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidentes cubiertos.

2.19 Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.

2.20 Se excluye el pago de medicamentos que no hayan sido autorizados por la FDA (Food and Drug Administration).

2.21 Accidentes que se originen por participar en:

- a. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
- b. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el asegurado.
- c. Lesiones sufridas por culpa, impericia, imprudencia o negligencias graves del asegurado cuando haya ingerido alcohol, estupefacientes, estimulantes, Drogas legales o ilegales, excepto si fueran prescritas por un médico.
- d. Aviación Privada, en calidad de tripulante, pasajero, o mecánico, fuera de líneas aéreas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos.
- e. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia, o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- f. Conducción de cuatrimotos y/o vehículos de motor similares terrestres y acuáticas.
- g. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, tauromaquia, (Novillada o espectáculo) esquí, espeleología, rafting, motonáutica o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- h. Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

2.22 EXCLUSIÓN LA/FT: El presente contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o Contratante del seguro se encuentren incluidos en la

lista de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU entre otra. Este endoso se adecuará a lo pertinente a los procedimientos especiales que podrán derivarse de la Ley Especial contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indevido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo , custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Compañía deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

III EL CONTRATO

Mediante el presente Contrato de Seguros la Compañía, se obliga, contra el pago de la prima acordada y en el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a satisfacer un capital, suma asegurada o unas prestaciones, dentro de los límites y condiciones convenidos en la presente Póliza.

Los únicos documentos que constituyen esta póliza y son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son:

- Las Condiciones Generales del Contrato
- El Certificado de Cobertura
- La Solicitud de Seguro
- Los anexos y endosos que se adhieran a la póliza

IV DEFINICIONES

Para efectos de la interpretación y aplicación de este contrato de seguro, se establecen las definiciones siguientes:

4.1 Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un médico. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración se considera accidente: El homicidio culposo, la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, la hidrofobia y la picadura o mordedura de ofidios.

4.2 Enfermedad Cubierta: Toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine independientemente de hechos accidentales, mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza.

4.3 Enfermedades o Incapacidades preexistentes o anteriores: Cualquier alteración de la salud, padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que existía(n) con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del asegurado, sobre la cual padeció síntomas que causarían que una persona normalmente prudente asista a un médico para diagnóstico, tratamiento o cuidado; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la adquisición de la Póliza.

4.4 Asegurado: Persona natural o jurídica suscriptora de la póliza, tomador del seguro o contratante, que en sí misma, en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo.

4.5 Compañía o Aseguradora: Se entiende por Ficohsa Seguros, S.A, y es quien emite la Póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.

4.6 Póliza o Contrato de Seguro: Es el documento o conjunto de documentos que regulan la relación contractual del seguro y que están compuestos por las Condiciones Generales, el Certificado de Cobertura y las Condiciones Particulares, si hubieren.

4.7 Cobertura: Obligación principal de la Compañía en un contrato de seguros, consistente en hacerse cargo, hasta el límite de la suma asegurada por las consecuencias económicas que se deriven de un siniestro.

4.8 Edad: Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado.

4.9 Edad máxima de cobertura: Es la edad máxima que puede tener un Asegurado para poder tener derecho a los beneficios establecidos en la Póliza. Después de esta edad la cobertura se considera terminada automáticamente para el Asegurado y la Compañía no tiene derecho a cobrar prima por dicho Asegurado.

4.10 Prima: Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que La Compañía cubra los riesgos contratados mediante la presente póliza.

4.11 Siniestro: Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada y/o Beneficios Adicionales contratados.

4.12 Declinación: Rechazo de una solicitud de indemnización.

4.13 Período de Carencia: Es el plazo de tiempo, a partir de que es incluido el Asegurado, durante el cual no es efectiva la cobertura contratada en la Póliza.

4.14 LA/FT: Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.

V LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El Límite de responsabilidad máximo que cubrirá la Compañía será hasta por el valor de la suma asegurada contratada y descrita en el Certificado Individual de Cobertura para cada Asegurado.

En ningún caso la suma total a pagar bajo las coberturas de esta póliza excederá la Suma Asegurada establecida en el Certificado Individual de Cobertura.

VI DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

Las declaraciones inexactas y las reticencias del asegurado, relativas a circunstancias tales que la Compañía no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el asegurado haya obrado con dolo o con culpa grave; y libera a la Compañía de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la ocurrencia y valoración del siniestro.

La Compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al asegurado su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia.

La Compañía tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que pida la anulación y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer año. Si el riesgo se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligado la Compañía a pagar la indemnización. Si el seguro concerniera a varias cosas o personas, el contrato será válido para aquellas a quienes no se refiere la declaración inexacta o la reticencia.

Si el asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de anulación del contrato, mediante manifestación que hará el asegurado dentro de los tres meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Si el siniestro ocurriera antes que aquellos datos fueren conocidos por la Compañía o antes que éste haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

A pesar de la omisión o de la inexacta declaración de los hechos, la Compañía no podrá resolver el contrato en los casos siguientes:

- Si él mismo provoca la omisión o inexacta declaración;
- Si la empresa conocía o deba conocer el hecho inexactamente declarado o indebidamente omitido;
- Si renuncia a resolver el contrato por tal causa; y
- Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato.

Esta regla no se aplicará si el dato omitido quedase contestado con alguna otra declaración y ésta fuere omisa o inexacta en los hechos.

VII PAGO DE PRIMAS Y PERIODO DE GRACIA

La prima que debe pagar el Asegurado figura en el Certificado Individual de Cobertura. Las primas podrán ser cobradas de forma mensual, con cargo al medio de pago automático indicado por el asegurado en la solicitud de seguro. Cualquier atraso en el pago automático no podrá ser imputado a la Compañía, y no exonera al Asegurado de la obligación del pago de la prima en las fechas convenidas.

La Compañía otorga un período de gracia para el pago de todas las primas, de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima, durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del valor a pagar de la prima vencida y no pagada. (Conforme lo establece el segundo párrafo del Artículo 1249 del Código de Comercio.)

Transcurrido este plazo sin el pago de la totalidad de la prima, la Compañía podrá cancelar la cobertura para dicho asegurado, considerando la fecha de cancelación la fecha de vencimiento en que debió ser pagada la totalidad de la prima.

El asegurado deberá mantener al día el pago de las primas, en el caso de mora, el pago por reembolso en caso de siniestro será detenido hasta que las primas adeudadas se encuentren pagadas.

VIII VIGENCIA, RENOVACIÓN Y CANCELACIÓN

La póliza tiene una vigencia de un (1) año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia y con renovación automática.

Esta Póliza es renovable automáticamente por períodos iguales, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento. En caso que la Compañía requiera incluir modificaciones en la cobertura o la prima, estas deberán ser comunicadas con treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación.

CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA:

La cobertura se mantendrá vigente, mientras se pague la prima del seguro. La Compañía otorga un período de gracia de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima. En caso de no efectuarse el pago dentro del período de gracia antes indicado, la Póliza quedará cancelada, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la Compañía libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

RENUNCIA TELEFONICA:

El asegurado podrá cancelar la póliza únicamente llamando telefónicamente a los números de teléfono del centro de atención indicados en el Certificado de Seguro. La fecha efectiva de la cancelación será a partir de la fecha de la llamada, excepto que exista prima adeudada, en tal caso la cancelación será a partir de la fecha de vencimiento de dicha prima.

DEVOLUCIÓN DE PRIMA POR CANCELACIÓN:

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado durante los primeros treinta (30) días posteriores a la emisión de la Póliza, siempre y cuando no haya acaecido un evento objeto de cobertura, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya pagado.

Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá el excedente cobrado. Si se realizó el pago total de la prima de forma adelantada y el Asegurado solicita la cancelación del seguro, dentro del período de cobertura de la póliza, únicamente procederá la devolución de las primas no devengadas. Cuando corresponda la devolución de primas no devengadas, la misma se hará dentro de los treinta (30) días siguientes a la cancelación por parte del Asegurado.

IX BENEFICIARIOS

El beneficiario del pago de las coberturas de esta póliza es el mismo Asegurado, quien recibirá el reembolso de los Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad que sean elegibles según las condiciones indicadas en este documento.

Los derechos que esta póliza confiere son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerara nula y sin efecto alguno.

X AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado deberá comunicar a La Compañía toda circunstancia de agravación (es) de riesgo(s) aun cuando fuere (n) temporal (es), que pudiera (n) afectar la base de contratación de la póliza o que de haber sido conocidas por La Compañía no habría dado su consentimiento para la celebración del contrato o la habría dado en condiciones diferentes, esta comunicación debe ser realizada por el asegurado a La Compañía de manera escrita en las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca o deba conocer. La falta de esta comunicación faculta a La Compañía a dar por terminada la cobertura; la responsabilidad de La Compañía concluirá 15 días calendarios después de haber comunicado su resolución al asegurado.

XI SINIESTROS CUBIERTOS

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos durante su período de vigencia, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia de la misma, pero siempre de conformidad con las condiciones de la Póliza.

XII PRESENTACIÓN Y PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

El asegurado podrá hacer uso de los servicios básicos y de urgencia en las clínicas de PORSALUD en donde hubiere a nivel nacional, hasta por el monto de la cobertura de esta póliza; o utilizar la clínica de su preferencia y presentar los gastos a la Compañía para su reembolso.

En caso de Reembolso:

12.3 El periodo máximo para la presentación de reclamos es de 6 meses contados a partir de la fecha en que se incurrió en el gasto, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente y no tenga primas pendientes de pago.

12.2 Una vez cancelada la póliza por cualquier causa, el periodo máximo para la presentación de reclamos elegibles es de 30 días contados a partir de la fecha de cancelación de la póliza siempre y cuando:

- Los gastos hayan sido incurridos en la vigencia de la póliza y previo a la cancelación de la misma.
- No excedan los 6 meses indicados en el inciso 15.
- Las primas hayan sido pagadas en su totalidad.

12.3 Se reconocerán los honorarios médicos en base a lo razonable y acostumbrado establecidos en la Red Hondureña de Servicios de Salud (REHSA), la cual es de amplia aceptación en el gremio médico hondureño y cuya utilización es de aplicación generalizada entre las compañías de seguros que operan en el país.

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado deberá estar al día con el pago de las primas del seguro y presentar los requisitos para el trámite en las oficinas de la Compañía. La Compañía, revisará que los requisitos estén completos con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que se relacionen directamente con el siniestro denunciado, a objeto de acreditar que ha ocurrido un siniestro cubierto por esta póliza. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitarle la realización de pericias y exámenes médicos. Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al asegurado.

El asegurado tendrá quince (15) días a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación.

XIII PAGO DE INDEMNIZACIÓN

El Asegurado deberá presentar a la Compañía los siguientes documentos a fin de probar la cobertura del siniestro:

13.1 Formulario de Reclamación suministrado por la Compañía; mismo que deberá ser completado en su totalidad y venir firmado por el asegurado y médico tratante.

13.2 Recetas y facturas originales selladas comprobatorias de los gastos efectuados.

13.3 Copia de identidad del asegurado y/o carnet de residente, en su defecto se deberá presentar partida de nacimiento original del asegurado.

13.4 Otros antecedentes tales como, reporte del médico tratante, ficha o historia clínica, informes o declaraciones médicas u hospitalarias.

13.5 Parte policial en caso de accidente de tránsito.

13.6 Certificado de alcoholemia (si corresponde).

XIV CAUSAS DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura indicada en esta póliza terminará automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

14.1 Al cumplimiento de los 70 años de edad del asegurado.

14.2 Por la cancelación del medio de pago del seguro.

14.3 Por solicitud del cliente a través de la renuncia telefónica

14.4 Por no pago de la prima en las fechas estipuladas sin necesidad de aviso al cliente.

14.5 Si la Compañía comprueba la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

XV PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescriben en el plazo de seis (6) meses contados desde la fecha de los acontecimientos que le dio origen.

XVI SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre las partes que surja relacionado directamente o indirectamente con este Contrato ya sea de su naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación del mismo se resolverá mediante la promoción de la acción que corresponda a interponerse ante la jurisdicción y competencia del Juzgado de Letras Civil del departamento de Francisco Morazán.

XVII COMUNICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, a la dirección señalada por el asegurado en el Certificado de Cobertura o a la última recibida por la Compañía. El Asegurado deberá reportar por escrito a la Compañía el cambio de dirección; de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos la última dirección reportada.

Sin perjuicio de lo que establece la presente póliza para la presentación de reclamos, las demás comunicaciones del Asegurado a la Compañía, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas principales.

XVIII COBERTURA UNICA

Un mismo asegurado no podrá efectuar doble solicitud de seguro bajo este producto, con el propósito de tener doble cobertura.

En caso que el Asegurado este cubierto bajo más de una póliza de este tipo emitida por la Compañía, se considerara asegurado a esta persona únicamente por la póliza que provea la mayor suma asegurada. Cuando los beneficios o sumas aseguradas sean idénticos, la Compañía, considerara que la persona está asegurada bajo la póliza que se haya emitido primero.

En cualquiera de las situaciones descritas, la Compañía devolverá íntegramente el monto que haya pagado el Asegurado por concepto de primas correspondientes de las otras pólizas de este tipo que la Compañía haya emitido.

XIX TERRITORIEDAD

Las coberturas garantizan al Asegurado protección en todo momento y lugar, las veinticuatro (24) horas al día, todos los días del año, dentro y fuera del país, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir un siniestro, y tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones que se expresan en el texto de esta póliza.

Esta póliza brinda cobertura únicamente a personas residentes en la República de Honduras, no brindara cobertura a personas que permanezcan fuera de la República de Honduras por un periodo mayor a seis meses, por cualquier motivo.

XX EDAD

Las personas amparadas en esta póliza, al momento de tomar el seguro deben tener una edad comprendida con los siguientes rangos de edades:

- Edad mínima de ingreso: al cumplimiento de los dieciocho (18) años.
- Edad máxima de ingreso: al cumplimiento de los sesenta (60) años.
- Edad Máxima de permanencia: al cumplimiento de los setenta (70) años.

Si el Contratante incluyera en esta Póliza a personas que se encuentran fuera de los límites de edad establecidos, la Compañía solo estará obligada a devolver las sumas de dinero que por ellos hubiere recibido. La cobertura establecida en este seguro se otorga a partir de la declaración de la edad hecha por el Asegurado o Contratante en la solicitud de incorporación al seguro. La edad será comprobada al tramitar el reclamo presentando Certificado de Nacimiento del Asegurado (fecha reciente) expedido por la autoridad competente. (Se aplicará lo dispuesto en los Artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio).

La Compañía no asumirá ningún riesgo una vez que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en la póliza y procederá a cancelar la cobertura del asegurado de forma automática.

XXI MONEDA

Todos los valores de la Póliza se expresan Lempiras.

XXII PERIODO DE CARENCIA

El pago de la cobertura de Gastos Médicos por Enfermedad aplicará luego de haber transcurrido un período de carencia de noventa (90) días contados a partir del día en que se suscribe el seguro. Esta carencia no aplica en los casos de reclamo por la cobertura Gastos Médicos por Accidente.

XXIII REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza, será repuesta por la Compañía, previa solicitud escrita del Asegurado a la misma. Los gastos de reposición serán por cuenta de quien lo solicite.

XXIV INDISPUTABILIDAD

La reticencia o falsedad intencional en que incurra el Asegurado o el Beneficiario, con dolo o culpa grave, libera a la Compañía de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la ocurrencia y valoración del siniestro. Para los casos en que la omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida donde haya mediado pago de Prima total, la Compañía devolverá únicamente el monto de las Primas no devengadas, tal y como se indica en la cláusula 17 “Devolución de Primas por Cancelación”. Si el pago de la Prima es mensual, las Primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

XXV LEGISLACIÓN APLICABLE

Esta Póliza será regulada e interpretada de acuerdo a lo que establece la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio Resoluciones y Reglamentos vigentes emitidos por la Comisión Nacional, Banco Central de Honduras y demás legislación General aplicable a las leyes de la República de Honduras.

Última Línea
FICOHSA SEGUROS

ANEXO 1 GASTOS MÉDICOS
RED DE PROVEEDORES MÉDICOS
CONDICIONES DE USO

Descripción de Servicios

Coaseguros y/o Co-Pagos

Observaciones

PROVEEDOR  **PORSALUD**
(Pasión por la Vida)

**Orientación Médica
Telefónica**

24 Horas | 7 Días a la Semana
Tegucigalpa Tel: 2280-5252
San Pedro Sula y La Ceiba
Tel: 2580-5252

Sin Co-pago
**Servicio Incluido en
su póliza.**

Un equipo calificado de médicos estará a su disposición para asesorarle y darle respuesta a su necesidad de salud, en las situaciones siguientes:

En Emergencias, Urgencias, Coordinar una cita para la consulta externa en PORSALUD y le brindará orientación médica en situaciones de menor riesgo para manejo en casa.

Para códigos rojos: Traslado en ambulancia a un hospital por situaciones de vida o muerte del paciente asegurado.

En los casos que el servicio solicitado sea un traslado programado, el costo será asumido por el asegurado en un 100%, quien podrá presentar el gasto por reembolso a la compañía de seguro y se reconocerá bajo los términos y condiciones establecidos en la póliza.

**Atención de Emergencia
Móvil**

24 horas | 7 Días a la semana.
7:00 am - 7:00 pm de lunes a viernes en las clínicas donde no se cuente con el servicio 24/7.

Sin Co-pago

Consulta Medico General

De lunes a viernes de 7:00 am-7:00 pm

Extendida:

Lunes a viernes de 7:00am-9:00 pm. Sábado y domingo 7:00 am-7:00 pm. 7:00 am - 7:00 pm de lunes a viernes en las clínicas donde no se cuente con el servicio 24/7.

Co-pago
L.98.00 por consulta.

Incluye únicamente la consulta con Médico General.

Centro de Ortopedia PORSALUD

**Unidad de Ortopedia y
Traumatología.**

Aplica solo en caso de Accidente.
Cubierto al 100% hasta el límite de cobertura establecido en la póliza / Sin Co-pago

Los casos de urgencias se atienden por llamado. (No requieren Cita Previa)

Incluye gastos medicamente necesarios y elegibles como:
Procedimientos ortopédicos
exámenes de laboratorio y/o
radio imágenes, medicamentos

Consulta de Ortopedia	Co-pago De 1 a 2 consultas en el mismo mes L 150.00	así como consultas médicas de seguimiento con el ortopeda.
	De la 3er consulta en adelante en el mismo mes L 200.00	Los co-pagos detallados solo aplican en caso de que la atención sea a consecuencia de una enfermedad; los mismos no aplica cuando la atención es producto de un accidente donde la cobertura es al 100% de los gastos elegibles.
	Por consulta de seguimiento Co-pago L.150.00	

Generalidades

-Esta Red y sus condiciones de uso son un beneficio adicional a las condiciones de la póliza y la Compañía se reserva el derecho de hacer modificaciones a la misma en cualquier tiempo con previo aviso de 30 días.

-En caso de mora mayor a 30 días los servicios de la Red de proveedores descritos serán suspendidos automáticamente.

-En ningún caso la compañía será responsable por daños y/o perjuicios originados por las opiniones de los médicos profesionales consultados y/o por los servicios prestados por las instituciones médico-hospitalarias o proveedores de la red de Proveedores que la compañía ha puesto a disposición de sus asegurados.